



1-Registro ANS 406414 3-Data de Emissão da Guia 2.2.21/06/21 4-Data de Autuação 2.2.21/06/21 5-Série 12.21/06/21 6-Número da Guia Principal 8726469 7-Data Vencimento da Guia 2.2.21/09/21

592933
INTERCÂMBIO

8-Número da Carteira 000202538456000010101 9-Plano POS REDE PRESTADORA 10-Entrega DENTAL UNI COOPERATIVA 11-Data Validade da Carteira 12-Número do Cartão Nacional de Saúde

13-Nome JENERSON GABRIEL FERREIRA PINTO 07/07/1994 14-Teléfono 15-Nome do titular do plano JENERSON GABRIEL FERREIRA PINTO

16-Matrimônio a RN 17-Nome do Profissional Solicitante CLINICERTA 18-Número no CRO 23855 19-UF MG 20-Código CBO S 06 25-Faturar Empresa

21-Código na Operadora / Cnpj / CNPJ 03221851650 22-Nome do Contratado Executante ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO 23-Número no CRO 23855 24-UF MG 25-Código CNIS 26-Nome do Profissional Executante ANA PAULA DE VASCONCELOS MINISTERIO 27-Número no CRO 23855 28-UF MG 29-Código CBO S

Plano de Tratamento / Procedimentos Solicitados

30-Índice	31-Código do Procedimento	32-Descrição	33-Dente/Região	34-Face	35-Qtd	36-Quantidade US	37-Valor	38-Franquizado Participação R\$	39-Aut	40-Data de Realização	41-Medico da Clínica 4.2-Assinatura
1	0085100196	RESTAURAÇÃO RESINA	17	01	6.100	0.00	22.06.909				
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											

43-Data Emissão Faturamento do Tratamento 22/06/21 44-Tipo de Atendimento 1 45-Tipo de Tratamento 2-E-xone Radiológico 3-Ortodontia 4-Urgência/emergência 46-Tipo de Faturamento 1 47-Tipo de Quantidade US 6.100 48-Valor Total R\$ 22.06.909 49-Tipo de Franquia / Co-participação R\$

Declaro, que após ter sido devidamente esclarecido sobre os propósitos, riscos, custos e alternativas de tratamento, conforme acima apresentados, aceito e autorizo a execução do tratamento, compreendendo-me a cumprir as orientações do profissional assistente e arcar com os custos previstos em contrato. Declaro, ainda que o(s) procedimento(s) descrito(s) acima, e por mim assinado(s), to(ram) realizado(s) com meu consentimento e de forma satisfatória. Autorizo a Operadora a pagar em meu nome e por minha conta, ao profissional contratado que assina este documento, os valores referentes ao tratamento realizado, correspondendo-me a arcar com os custos, conforme previsto em contrato.

49-Observação

50-Cópia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista Solicitante 22/06/21 51-Cópia local e Assinatura do Cirurgião-Dentista 22/06/21 52-Cópia local e Assinatura do Beneficiário / Responsável 53-Cópia local e Carimbo da Empresa

Ana Paula de V. Ministerio

Assinatura do Profissional